

CAISSE DE RETRAITE ET DE BIEN-ETRE DE LA FÉDÉRATION AMÉRICAINNE DES MUSICIENS ET DES EMPLOYEURS (CANADA) DOSSIER PERSONNEL / CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

| | | | |
|---|------|--|---|
| Nom de famille du participant (Nom Légal) | | Prénoms | |
| Nom professionnel: | | | |
| Adresse/Numéro de la rue | | | B.P./APP. |
| Ville ou Village | | Province | Code postal |
| Date de naissance | | État civil | |
| Jour | Mois | Année | <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf/Ve <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> De Fait |
| Assurance sociale No. | | Sexe | |
| | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | |
| Le conjoint est une personne du sexe opposé à qui vous êtes marié ou qui vit avec vous dans une relation de fait pendant une période spécifique de temps. | | Date du mariage ou du commencement de cohabitation si vous vivez présentement ensemble | |
| | | Jour | Mois |
| | | Année | |
| Num du conjoint (si différent) | | Prénoms du conjoint | |
| Assurance sociale du conjoint | | Date de naissance du conjoint | |
| | | Jour | Mois |
| | | Année | |
| NOTE: | | | |
| La définition de conjoint varie d'une province à l'autre. Si vous avez un conjoint admissible , la loi sur les régimes de pension ou les dispositions du présent régime, ou les deux à la fois, prévoit que votre conjoint a droit aux prestations payables à votre décès, sauf s'il a renoncé à ce droit. Si vous n'avez pas de conjoint admissible , veuillez donner les renseignements sur le bénéficiaire. Si vous ne désirez pas nommer de bénéficiaire, veuillez inscrire "ayants droit" | | | |
| Num du bénéficiaire | | Prénoms du bénéficiaire | |
| Assurance sociale du bénéficiaire | | Date de naissance du bénéficiaire | |
| | | Jour | Mois |
| | | Année | |
| | | Sexe du bénéficiaire | |
| | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | |
| Adresse du bénéficiaire (si différent de la votre) # Et nom de la rue | | | B.P./APP. |
| Ville ou Village | | Province | Code postal |
| Lien de parenté avec le bénéficiaire | | La présente section sur la désignation bénéficiaire doit être signée et datée. Votre signature doit être apposée devant un adulte, autre que votre conjoint ou votre bénéficiaire. | |

DECLARATION DU PARTICIPANT

Je nomme aux présentes à titre de bénéficiaire de ma rente et autres avantages découlant de mon décès auxquels je suis admissible en vertu de régime, le bénéficiaire nommé ici, me réservant un le droit de modifier ou de révoquer ladite nomination par avis écrit au directeur administratif du régime malgré son acceptation et sous réserve de toutes restrictions légales.

J'autorise aux présentes le Conseil de fiducie, ses agentes et employés et mon employeur à utiliser les informations contenues sur le présent formulaire, y compris mon numéro d'assurance sociale, en vue de l'administration de mes avantages de retraite.

Signature du participant

Date

Signature du témoin

Date

Nom du témoin (EN LETTRES MOULÉES)